

**1 - VACCINATIONS : Se référer au carnet de santé ou fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant**

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Croissons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| Ou Tétracocq         |     |     |                            |                            |       |

**2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

◆ L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

▶ Silve joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)  
! Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !

◆ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| RUBÉOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU                               | SCARLATINE  |
|---|---|---|---|---|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | OREILLONS   |   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |   |

◆ L'enfant fait-il de

- ✓ ASTHME OUI  NON
- ✓ ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES OUI  NON
- ✓ ALLERGIES ALIMENTAIRES OUI  NON

AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

**INDIQUEZ CI-APRÈS**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC. PRÉCISEZ

**4 - CONTACT MÉDICAL ET AUTORISATIONS**

NOM MÉDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_ TÉL. MÉDECIN \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable (légal de l'enfant) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Datez et Signez :

**=> SVP, VEILLEZ À BIEN REMPLIR INTEGRALEMENT CETTE PAGE, MERCI !**

OBSERVATIONS \_\_\_\_\_



- DOSSIER INSCRIPTION -

Septembre 2023

-  
Août 2024

Animations  
Ados

**Nom - prénom du jeune :**

**Date de naissance :**



Animation jeunesse - Mairie de Beaurepaire

Contact => Arnaud THOMAS : [jeunesseetsports@beaurepaire85.fr](mailto:jeunesseetsports@beaurepaire85.fr) ou 06-48-74-45-48



## Animations Ados

### FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

Du 01/09/2023 au 31/08/2024

#### FAMILLE

Nom du responsable des enfants : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal et Ville : \_\_\_\_\_

Tel. Fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Tel. Travail : \_\_\_\_\_

Adresse E-mail : \_\_\_\_\_

(Nécessaire pour l'envoi d'informations importantes)

Nom du père : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Tel. Fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Tel. Travail : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Tel. Fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Tel. Travail : \_\_\_\_\_

#### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_



## Animations Ados

### AUTORISATIONS PARENTALES TARIFICATION / TRANSPORT

Pour la ou le jeune : \_\_\_\_\_

#### • Photographie et vidéo

Dans le cadre du fonctionnement des animations ados, Arnaud peut être amené à prendre des photos et vidéos de votre ou vos enfants. J'autorise celui-ci à utiliser si besoin, des photos et vidéos de mon ou mes enfants :

Oui

Non

#### • Départ de mon enfant avec une tierce personne

En cas de retard de votre part ou d'empêchement pour venir chercher votre ou vos enfants, une tierce personne de votre entourage peut venir le ou les chercher à l'issue des animations ados.

✓ J'autorise mon ou mes enfants à rentrer seuls :  Oui  Non

✓ J'autorise mon ou mes enfants à rentrer avec :

\_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_\_\_\_

➤ Je décharge la municipalité de toutes responsabilités à partir du moment où mon ou mes enfants quittent les activités ados.

**SIGNATURE du représentant légal :**

#### • Tarification

Les tarifs des activités sont votés en conseil municipal et calculés en fonction du quotient familial et régime social. La tarification est modulée en fonction de deux tranches de quotient familial : *Quotient Familial < 900 et Quotient Familial > 900.*

Donc pour pouvoir prétendre au tarif correspondant au quotient familial < 900, il faudra impérativement fournir une copie de votre justificatif de quotient familial.

Sans ce justificatif, le tarif le plus fort sera appliqué.

#### • Transport

Dans le cadre des activités du service jeunesse, les jeunes peuvent être amenés à voyager en voiture ou en minibus (conducteur de +de 21 ans et 3 ans de permis).